**فرم گواهي خدمت و انتخاب رشته**

**دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ..................................**

**تاريخ:.............................**

بدينوسيله خانم/آقاي ....................................... داراي مدرك كارشناسي/كارشناسي ارشد/دكترا در رشته ......................... كه از تاريخ ....................... لغايت حال حاضرتحت عنوان:

* مدير مركزآموزش بهورزي شهرستان ...................................
* مربي بهورزي در مركزآموزش بهورزي شهرستان...............................
* كارشناس مسئول/ كارشناس آموزش بهورزي در حوزه معاونت بهداشتي دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني........................

**به صورت تمام وقت** انجام وظيفه مي نمايد جهت شركت در دوره كارشناسي ارشد (مجازی)رشته آموزش جامعه نگر در نظام سلامت در گرايش ............................... معرفي مي گردد. ضمنا" گواهي مي شود نامبرده شرط حداقل 5 سال سابقه خدمات در شبكه را با انجام خدمات از تاريخ ................ تا ................. دارد. نامبرده متعهد مي گردد چنانچه به هردليل از تحصيل منصرف گرديده و يا موفق به دريافت مدرك تحصيلي نگردد و يا قبل از انجام خدمات مطابق تعهد سپرده شده به دانشگاه اقدام به خروج از موقعيت شغلي فوق نمايد، موظف خواهد بود هزينه هاي تحصيل رايگان را عودت دهد. در اين خصوص دانشگاه در زمينه اخذ تعهدات حقوقي و اجراي آن اقدام خواهد نمود.

**با عنايت به موارد فوق الذكر رياست دانشگاه و معاون بهداشت مجموع خدمات متقاضي به مدت 5 سال در نظام شبكه مندرج در بند 3 شرائط لازم جهت ثبت نام و نيز اشتغال تمام وقت در مركز آموزش بهورزي شهرستان يا درمسئوليت بهورزي در گروه گسترش شبكه دانشگاه حداقل از 2سال اخير تا زمان ثبت نام در دوره و برخورداري از ساير الزامات مندرج در آئين نامه را گواهي مي نمايند و تبعات حقوقی ناشی از معرفی افراد خارج از ضوابط را می پذیرند.**

|  |  |
| --- | --- |
| نام و نام خانوادگي معاون بهداشت دانشگاه علوم  پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ..............  امضاء | نام و نام خانوادگي رئيس دانشگاه علوم پزشكي  و خدمات بهداشتي درماني ......  امضاء |